

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N° 405

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Emile NICOLAÏDES

Né le 19 juin 1912, à Constantinople (Turquie).

**LE TRAITEMENT
DU DELIRIUM TREMENS
PAR LE BROMURE DE MAGNÉSIUM**

Président : M. BAUDOUIN, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

50A

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEÉ 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Emile NICOLAÏDES

Né le 19 Juin 1912, à Constantinople (Turquie).

**LE TRAITEMENT
DU DELIRIUM TREMENS
PAR LE BROMURE DE MAGNÉSIUM**

Président : M. BAUDOUIN, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	HARVIER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre Duval.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES ..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET ..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.) ..		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE ..			
SEZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A qui je dois tout.

A MA FIANCEE

A MA FAMILLE

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

Médecin de l'Hôpital Saint Antoine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fourni le sujet de
cette thèse et dont l'aide bien-
veillante et les conseils ont gran-
dement facilité notre tâche.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOUIN
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR LABEY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOUIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WEILL-HALLE.

MONSIEUR LE DOCTEUR TREMOLIERES.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR WEISSENBACH.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ECALLE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT.

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST.

A MES AMIS DU TEMPS DE PAIX

Mobilisés au front.

AU GROUPE AERIEN D'OBSERVATION 543

*Dont j'ai l'honneur d'être le
Médecin actuellement.*

Le Traitement du Delirium Tremens par le Bromure de Potassium

INTRODUCTION

Notre but n'est pas de faire ici une revue d'ensemble du délirium tremens; les circonstances de guerre, en effet, ne permettant pas à un mobilisé sur le front, de poursuivre les patientes recherches bibliographiques nécessaires à une mise au point complète de la question.

Mais avant notre départ aux Armées, il nous a été donné d'observer un traitement nouveau du delirium tremens, mis en avant par notre Maître Félix RAMOND, et dont les résultats nous ont paru suffisamment remarquables, pour nous inciter à en faire l'objet de notre thèse.

Nous remercions les laboratoires CLARY et Mademoiselle DURAND, externe des hôpitaux de l'aide bibliographique qu'ils nous ont aimablement apportée.

CHAPITRE I

LE DELIRIUM TREMENS

L'autonomie du delirium tremens, si bien décrit par SUTTON il y a de nombreuses années, nous paraît incontestable.

Début le plus souvent vespéral ou nocturne; tremblements violents des membres; trémulation des lèvres, de la langue, des muscles mentonniers et de l'arcade zygomatique; hallucinations surtout visuelles, zoopsiques, souvent terrifiantes, s'accompagnant de cris violents, de logorrhée continue; insensibilité plus ou moins profonde, permettant à un fracturé de quitter son lit, sans paraître ressentir une douleur quelconque au point de fracture; température moyenne avec parfois des poussées élevées; sueurs profuses, urines rares, constipation opiniâtre.

Le liquide céphalo-rachidien est le plus souvent normal (WIDAL et RAVAUT, CLAUDE). La peptorachie sur laquelle insistent beaucoup d'auteurs est rare et peu prononcée d'après HESNARD (1).

(1) BARGUES. 41^e Congrès des Médecins Alién. et Neur.
30 juin 1937.

Dans le sang la glycémie est augmentée (LAIGNEL-LAVASTINE) le taux de l'urée également, mais d'une façon variable. La polypeptidémie est variable (COURTOIS). La cholestérinémie normale (STERNBERG). Le plus souvent le sang ne renferme pas d'alcool (DEMOLE).

L'oligurie juge le pronostic, écrivait SUTTON. Les urines, rarement albumineuses, renferment assez fréquemment de petites quantités de sucre; l'urobiline est abondante. Ces constatations démontrent l'existence d'une insuffisance hépato-rénale plus ou moins grande (KLIPPEL).

On distingue trois formes de delirium tremens : une forme subaiguë; une forme aiguë, plutôt grave; une forme suraiguë, souvent mortelle.

L'étiologie donne lieu à quelques remarques intéressantes. Si l'alcoolisme est à la base du delirium, il n'en est pas le seul déterminant. Bien plus, le delirium éclate parfois chez des malades ayant cessé de boire depuis des mois et même des années; tel est le cas de beaucoup de prisonniers ou de bagnards forcément sobres depuis leur incarcération.

L'alcoolisme chronique, semble-t-il donc, prépare le terrain et le plus souvent une cause seconde survient qui déchaîne les phénomènes convulsifs.

Cette cause déclenchante est très variable : infections, surtout pulmonaires; intoxications aiguës intercurrentes de toutes sortes, entre autres intoxication alcoolique mas-

sive et brusque. Plus difficiles à interpréter sont d'autres circonstances; traumatismes craniens, fractures des membres, hémorragies, etc... Il nous semble que l'explication suivante est valable : ces accidents divers, y compris la forte hémorragie, s'accompagnent toujours plus ou moins d'une élévation dans le sang du taux de l'urée et des polypeptides, dont l'action toxique sur le système nerveux est grande.

Le délirium, qui accompagne une suppression brusque de l'alcool, nous a paru exceptionnel; nous ne l'avons jamais constaté pour notre part. Cependant des cas incontestables ont été publiés, notamment en Belgique.

Tout récemment, aux Etats-Unis, à la suite des travaux de STRAUSS et de COWGIL, rapportés par VILLARET et JUSTIN-BESANÇON, sur le rôle de l'insuffisance de la vitamine B1 dans la production de la névrite alcoolique, FLOSTER, MOORE et GRAY, RAINZER, BOWMANN, SANDERSON, PAGNIEZ croient que les avitaminoses B1 et PP (acide nicotinique) jouent un grand rôle dans le déclenchement des accidents délirants.

Les recherches anatomo-pathologiques confirment l'action préparatoire de l'alcool. LANCEREAUX décrit

BOWMANN : *Jal. Am. Med. Ass.* 1^{er} avril 1939.

SANDERSON : *Jal. Am. Med. Ass.* 5 mai 1939.

MOORE et GRAY : *Nw. Engl. med. Jal.* 13 juillet 1939.

RAINZER : *Brit. Med. Jal.* 12 août 1939.

PAGNIEZ : *Presse Med.* Janvier 1940.

CARRIER : *Thèse Doctorat.* Lyon 1904.

des lésions encéphalo-méningées, qui ont été signalées encore récemment; mais il semble que les suffusions hémorragiques signalées soient plutôt la conséquence que la cause des convulsions. Rappelons en effet le faciès vultueux, les ecchymoses sous conjonctivales des délirants.

Plus spécifiques sont les lésions rapportées dans la thèse de CARRIER, et confirmées depuis par tous les anatomopathologistes qui se sont occupés de la question : dégénérescence granulo-pigmentaire et granulo-graisseuse, diffusée à la plupart des cellules grises; aires d'atrophie cellulaire, avec raréfaction des granulations de Nissl péri-nucléaires; nombreuses cellules vitreuses, teintées en bleu pâle uniforme par le Nissl.

CHAPITRE II

THERAPEUTIQUE DU DELIRIUM TREMENS

Les traitements proposés sont nombreux et plus ou moins efficaces.

Nous signalerons pour mémoire les bons résultats que THOMAS déclare avoir obtenus par la ponction lombaire, difficile à pratiquer chez le délirant convulsif qu'est l'alcoolique.

DAMAYE vante les bons effets des injections intra-musculaires de collargol.

Les médications les plus habituellement suivies sont celles des bromures, du chloral et de la strychnine.

Les bromures employés sont les bromures de sodium et surtout de potassium, à la dose journalière de 2 à 6 grammes en injections et de 1 à 2 grammes en injections intraveineuses.

Le chloral paraît être plus actif, à la dose de 4 à 5

THOMAS : *Ann. Int. of. Med.* Juin 1939.

DAMAYE : *Progrès Ml.* 18 septembre 1937.

grammes par la bouche ou en lavement. Mais l'emploi du chloral n'est pas toujours sans inconvénients chez un alcoolique dont le foie est souvent profondément touché.

CHANDALA vante les bons effets de l'hydrocholate de soude à 20 % en injections.

LUTON proposa, il y a plus de cinquante ans, l'usage du sulfate neutre de strychnine à forte dose : dix, quinze et vingt centigrammes par jour, surtout en ingestion, ou parfois en injections combinées avec l'ingestion.

Il est curieux de constater la tolérance de l'alcoolique à la strychnine; personnellement nous n'avons jamais observé de trismus, même avec des doses de quinze centigrammes pro die.

Notre sentiment à propos de la strychnine est que la résistance de l'alcoolique paraît augmentée, mais que les phénomènes convulsifs sont peu influencés par ce traitement. Nous dirions volontiers que c'est là une thérapeutique simplement tonique, peut-être plus de la convalescence que de la période d'état.

Nous en dirons autant de la médication nouvelle vitaminée par la vitamine B1 et la vitamine PP; elle influe fort peu sur la période aiguë, mais raccourcit de beaucoup la période de convalescence.

CHAPITRE III

LE MAGNESIUM

« Les sels de magnésium sont abondamment répandus dans la nature, chez les végétaux et chez les animaux, et remplissent un rôle physiologique d'une importance primordiale. » Telle est la conclusion d'un travail du Professeur H. ROGER, ancien doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Le magnésium occupe le huitième rang par ordre d'abondance dans la composition de l'écorce terrestre, à la formation de laquelle il contribue pour 2,44 %. Il se présente toujours combiné, sous forme de silicates, de carbonates, d'oxydes de magnésie, etc... Lors de la décomposition de ces corps sous l'influence de l'eau, le magnésium passe pour une part de l'état de sels solubles à celui de sels peu ou pas solubles. Les sels s'écoulent en partie vers la mer, dont la richesse en magnésium est considérable.

ROGER (H.) : *Biologies Médicales*. Juillet 1938.

En Afrique du Nord, depuis l'Egypte jusques et y compris le Maroc, l'abondance du magnésium est relativement plus considérable que dans toute autre partie du monde. De plus, le magnésium existe là surtout en surface, ce qui explique sa présence en quantités notables dans toutes les eaux douces.

La conséquence de la richesse d'un sol donné en magnésium est que les produits de ce sol en renfermeront de grandes quantités.

Chez les végétaux on trouve en moyenne de là 1 à 5 % de magnésium dans les cendres des racines et des tiges et de 2 à 10 % dans celles des feuilles et des fruits. Le magnésium est notamment le composant essentiel de la chlorophylle.

Il se trouve également en proportions notables dans nos tissus. Voici un aperçu du rapport calco-magnésien dans quelques organes d'après H. ROGER.

Mœlle épinière :	556 mgr. de Mg	contre	251 mgr. de Ca		
Muscles striés :	396	—	—	79	—
Foie :	292	—	—	200	—
Cœur :	290	—	—	180	—
Cerveau :	232	—	—	120	—
Testicules :	158	—	—	116	—
Os :	16	—	—	380	—

Nous pouvons constater que le magnésium est un des minéraux les plus importants de la matière vivante.

La carence spontanée ou expérimentale en magnésium

nous en donne également la démonstration : tétanie des herbages chez les ruminants vivant sur des terres pauvres en magnésium, au centre de l'Europe ou sur les plateaux de l'Asie. Chez les vieillards la déficience constante du magnésium est un des principaux facteurs de la sénescence.

Remarquons avec GRIGNARD, dont les travaux sur le rôle physiologique du magnésium, marquent une date, que le calcium et le potassium ne sont pas déficitaires chez le vieillard; et lorsqu'on connaît le rôle néfaste du potassium sur la tension artérielle (RUBIN), sur la prédisposition au cancer (RADOIN), et l'antagonisme qui existe entre potassium et magnésium (GRIGNARD), on peut conclure que le magnésium est destiné à devenir l'un des agents thérapeutiques les plus utilisés. (1)

(1) La plupart des renseignements qui précèdent sont empruntés à la thèse de doctorat d'ABEILHÉ. Alger 1939-40.

CHAPITRE IV

ACTION THERAPEUTIQUE DU MAGNESIUM DANS QUELQUES AFFECTIONS NERVEUSES

Il serait certes très intéressant de faire une étude d'ensemble sur le rôle thérapeutique du magnésium. Notre but cependant est plus limité et nous nous contenterons d'étudier l'action bienfaisante du magnésium sur les spasmes des muscles lisses et sur certains troubles nerveux.

RUBIN et RAPOPORT ayant produit sur le lapin, par l'injection de tartrate d'argotamine un spasme capillaire intense, facile à observer sur les oreilles de l'animal, constatent que l'administration consécutive d'une petite dose de chlorure de magnésium fait disparaître immédiatement le spasme. Le magnésium était évidemment l'agent actif, une expérience de contrôle avec le chlorure de sodium n'ayant produit aucun effet.

Une autre expérience, ancienne déjà, faite par VULPIAN et JOLYET, tend à prouver l'action paralysante sur

le muscle strié du sulfate de magnésie, rappelant à un moindre degré celle du curare.

C'est en partant des conclusions de VULPIAN, que CRUVEILHIER conseille le premier l'emploi du sulfate de magnésie dans le traitement du tétanos; GRIFFON, puis F. RAMOND rapportèrent quelques cas de guérison. Mais il persiste parfois de l'incontinence fécale après ces injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie. F. RAMOND a remplacé le sulfate de magnésie par le bromure de magnésium qui paraît donner de bien meilleurs résultats.

Dans l'éclampsie, NOLENS, puis BROWKIN se sont bien trouvés du sulfate de magnésie. Là encore le bromure de magnésium est préférable (P. RAMOND).

MARINESCO en 1908 publia quelques cas heureux de chorée grave, traitée par le sulfate de magnésie en injections intra-musculaires; ses conclusions furent confirmées par CAPITE, CONTRERAS, de GRISAC et RABINOWITZ. Ces derniers auteurs employèrent le chlorure de magnésium et G. VAURS le bromure de magnésium en injections intra-veineuses.

Récemment encore, KRAMER rapportait plusieurs exemples de maladie de Little, d'hémiplégie spasmodi-

NOLENS : *Brux. med.* 1935 n° 45.

BROWKIN : *Brux. med.* 1936 n° 25.

CONTRERAS : *Presse Med.* 1935.

DE GRISAC : *Jal. Med. et Chir. Prat.* Octobre 1937.

que, et même de sclérose en plaques grandement améliorées par l'usage des sels de magnésium halogénés.

On voit que l'action antispastique ou anticonvulsivante des composés magnésiens est basée sur l'autorité de cliniciens et d'expérimentateurs de valeur. Nul doute que sous leurs auspices, le magnésium ne devienne une des médications les plus employées en pathologie nerveuse.

CHAPITRE V

LE BROMURE DE MAGNESIUM SON ACTION SUR LE DELIRIUM TREMENS

C'est sur ces entrefaites et sur le conseil de notre Maître Félix RAMOND, que nous avons étudié l'action du bromure de magnésium dans le traitement du delirium tremens. Les succès que nous avons obtenus semblent dépasser de beaucoup ceux des deux bromures classiques employés jusqu'ici : les bromures de potassium et de sodium.

Nous savons que la toxicité du bromure de magnésium est bien moindre que celles des bromures de potassium et de sodium.

En injections intra-veineuses nous avons atteint facilement 4 grammes par jour. En ingestion on peut donner de 6 à 12 grammes, si cela est nécessaire.

Voici comment nous procédons dans le cas qui nous occupe.

Au cours de la période prémonitoire qui annonce

quelques jours à l'avance l'accès convulsivant (agitation et tremblements, loquacité exagérée, insomnie, fébricule, transpiration), nous nous contentons de donner, suivant l'intensité des manifestations cliniques, de 4 à 10 grammes en potion, gouttes ou ampoules buvables, que le laboratoire Clary a bien voulu mettre à notre disposition. Habituellement cette dose suffit à calmer le malade et empêche ainsi l'éclosion des accidents.

Mais si le delirium est déclaré, il faut agir vite et fort. L'ingestion ne suffit plus : il faut recourir à l'injection intra-veineuse.

Dans les formes graves : 2 grammes matin et soir, soit 4 grammes dans les 24 heures. Dans l'intervalle des deux injections, prise toutes les deux heures de 1 gramme de bromure de magnésium par voie buccale.

Dans les formes moyennes : 1 gramme en injection intra-veineuse deux fois dans les 24 heures, et 3 grammes en ingestion. On en prolonge l'usage à doses décroissantes pendant 3 à 4 jours, puis on se borne à prescrire l'ingestion de 2 à 3 grammes quotidiens jusqu'au retour à l'état normal.

Dans les formes légères : 3 grammes par la bouche, jusqu'à disparition des accidents.

Tous les cas ne sont pas aussi favorables; il en est où le malade est simplement calmé, mais n'a pas besoin de la camisole de force.

Cependant dans un cas très violent, il fallut recourir

à la camisole durant 24 heures. Mais le malade guérit rapidement malgré la gravité des symptômes.

Dans les formes plus favorables le résultat est frappant : en quelques heures le malade cesse de s'agiter et de hurler; le sommeil survient pour quelques heures, et au réveil le malade est infiniment plus calme. Les sueurs diminuent et la température tend à revenir rapidement à la normale. Il est à noter que la diurèse s'établit plus vite qu'avec toute autre méthode; ceci est à rapprocher des conclusions expérimentales et cliniques de HUBER et LEHR sur l'action diurétique des sels de magnésium.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Nous aurions désiré apporter ici un grand nombre de faits que nous avons pu observer. Malheureusement la guerre ne nous a pas permis de réaliser tout notre programme. Nos obligations militaires nous tenant loin de tout centre hospitalier, c'est à la bienveillance de notre ancien maître F. RAMOND, et à la collaboration de quelques-uns de ses élèves non mobilisés, que nous devons de pouvoir apporter ici six observations hospitalières particulièrement intéressantes, et pour la plupart récentes.

Nous ne saurions trop remercier nos camarades DREYFUS, interne des hôpitaux, Mademoiselle LAUER, MM. QUINTESCO, externes des hôpitaux, et BISMUTE, stagiaire du service du Docteur DEBRAY, pour l'aide qu'ils nous ont apportée.

OBSERVATION N° 1

Madame X..., 52 ans, ménagère. Salle Mathieu, hôpital Saint-Antoine. Novembre 1939.

Forte, avec visage haut en couleurs; son entourage confirme ses habitudes d'intempérance.

Antécédents familiaux : père mort d'une cirrhose du foie.

Elle entre dans le service, en proie à une crise violente du delirium tremens, dont la cause déchaînante n'a pu être mise en évidence. Température 38°, oligurie extrême. Son agitation est telle qu'on est obligé de lui mettre la camisole de force.

Mise au traitement par le chloral à la dose de quatre grammes par voie buccale et la strychnine à la dose de 12 centigrammes en piqûres sous-cutanées. Aucune amélioration dans la journée.

La nuit menaçant d'être agitée, on tente vers 22 heures une injection intra-veineuse de bromure de magnésium à la dose de 2 grammes. L'agitation cesse une demi-heure, la malade continue à prononcer des phrases sans aucune suite, mais à voix basse. Les membres sont en résolution, les réflexes sont affaiblis. Afin de parer à tout accident nocturne, on laisse la camisole de force. La nuit est relativement bonne : phrases décousues à voix ordinaire, tremblements, sueurs abondantes.

Au réveil, même état. A huit heures, injection intra-veineuse de 1 gramme 50 de bromure de magnésium. La malade s'assoupit une heure, puis se réveille un peu obnubilée, mais calme. On enlève les liens de contention, et l'on donne quelques gorgées de bouillon de légumes.

A 16 heures, nouvelle injection de 1 gramme de bromure de magnésium. La malade dort jusqu'à 22 heures, pour se rendormir vers minuit.

A la visite du lendemain, elle reconnaît son entourage; elle demande le bassin et émet 250 grammes d'urines non albumineuses : 800 grammes dans la journée. Le tremblement s'est très atténué, la température est à 37°. Elle mange une purée de légumes vers 17 heures et boit un verre de lait. On fait une nouvelle piqûre de 1 gramme à 19 heures, en vue de la nuit. La malade dort huit heures et se réveille, ayant toute sa connaissance. Sort huit jours après, complètement équilibrée.

OBSERVATION N° 2

Monsieur X..., 54 ans, ouvrier mécanicien. Salle Bichat. Hôpital Saint-Antoine. Mars 1940.

Grand alcoolique; foie débordant sans grosse rate, tremblement intense, logorrhée raisonnée. Urines rares, légère transpiration, température à 38°3. Convalescent d'une grippe à forme pulmonaire.

Dans la nuit, est pris d'une crise aiguë très violente de delirium tremens, avec visions terrifiantes, cris inarticulés et efforts continuels pour sortir de son lit. On est obligé de l'attacher.

Le lendemain à la visite, on pratique une injection intra-veineuse de 2 grammes de bromure de magnésium.

L'effet sédatif est beaucoup plus lent à apparaître que dans l'observation précédente. Ce n'est que vers 14 heures qu'il y a une légère détente. Aussi pratique-t-on une nouvelle injection de 2 grammes vers 17 heures. L'agitation s'atténue nettement; cependant il vocifère encore de temps à autre et essaye de se lever. Nuit calme avec 2 heures d'assoupissement.

Au réveil tendance à la reprise de l'agitation. Injection intra-veineuse de 2 grammes : sédation plus marquée mais encore incomplète; reprise d'une légère diurèse de 200 grammes.

Vers le soir injection de 1 gramme 50, suivie d'un assoupissement d'une demi-heure; réveil, avec un peu d'agitation, mais le malade ne cherche plus à quitter son lit; tremblement encore intense. La température est à 37°. Nuit encore agitée mais non tumultueuse, et sans camisole de force.

Le lendemain assoupissement, plus d'agitation; le tremblement persiste; la diurèse est à 500 grammes apparents, le malade ayant perdu des urines dans son lit.

A partir de ce moment on n'administre plus que 3 grammes de bromure de magnésium par voie buccale. La malade sort le quinzième jour.

Cette observation est moins démonstrative que la précédente; des doses plus fortes de bromure de magnésium n'ont amené qu'une sédation incomplète et la convalescence a été plus longue. Nous estimons que la cause de ce

succès relatif doit être recherchée dans l'état du foie, fortement atteint chez ce malade, mais à peu près normal dans l'observation précédente.

OBSERVATION N° 3

Madame X..., 43 ans, cuisinière. Salle Brouardel. Hôpital Saint-Antoine.

Entre en Décembre 1939 avec insomnie et tremblement généralisé : symptômes apparus à la suite d'une chute sur le verglas. Foie débordant de 2 doigts; faciès couperosé d'éthylique.

Mise immédiatement au bromure de magnésium par la bouche aux doses de 3 grammes pro die, elle voit ses troubles s'évanouir en 48 heures et paraît éviter ainsi une crise de delirium tremens.

A noter que la malade avait eu un an auparavant une crise analogue ayant abouti à un état de delirium incontestable.

OBSERVATION N° 4

Monsieur X..., 39 ans, ajusteur. Salle Chomel. Hôpital Saint-Antoine. Février 1940.

Ethylique, descendant d'éthyliques. A la suite de surmenage professionnel et peut-être d'un redoublement

de son intempérance, il perd l'appétit, puis le sommeil. Vient se reposer quelques jours à l'hôpital.

Sujet maigre, petit, de résistance physique médiocre; assez intelligent, il remplit les fonctions de contre-maître à l'atelier.

Tremblement accusé des lèvres, de la langue et des mains, yeux brillants, se remue à tout instant dans son lit. Lassitude générale et insomnie. Anorexie complète, nausées et pituites matinales; constipation opiniâtre. Le foie déborde de trois travers de doigt : il est sensible; pas de subictère; 500 grammes d'urines par 24 heures; température normale.

Le malade prend par la bouche 3 grammes de bromure de magnésium. En 48 heures, le sommeil reparaît. Le tremblement n'est plus décelable qu'à la langue et aux extrémités digitales, le bras étant étendu horizontalement. L'appétit revient rapidement et les urines atteignent 1.800 grammes le troisième jour. Reprise rapide des forces. Le malade demande à sortir le huitième jour.

OBSERVATION N° 5

Monsieur X..., âgé de 57 ans, chauffeur-livreur. Février 1940.

Alors qu'il était soigné chez lui pour une broncho-pneumonie depuis huit jours déjà, le malade commence

à avoir des hallucinations visuelles : grosses bêtes qui grimpent sur son corps, guerriers qui veulent le tuer.

Ces hallucinations augmentent d'intensité les jours suivants et nécessitent son admission dans le service le 19 février. Température à son entrée : 41°; urines rares.

Le lendemain matin le malade est somnolent et répond à peine aux questions qu'on lui pose. Vers midi il a une crise de delirium tremens. Il se lève sur son lit, gesticule, hurle, appelle au secours. Il a des sueurs profuses; son faciès devient vultueux.

L'interrogatoire de l'entourage met en lumière des crises identiques survenues à plusieurs reprises les jours précédents; de plus le malade avait un sommeil très agité, avec réveils en sursaut et cris.

Traitement par les moyens classiques, sans résultat.

Le 21 février dans la matinée on pratique la première injection intra-veineuse de bromure de magnésium à la dose de 1 gramme. Le malade est plus calme durant la journée et repose mieux la nuit.

Les jours suivants l'on poursuit le même traitement à la dose de 1 gramme par 24 heures.

L'amélioration s'affirme. Le sommeil devient régulier, les cauchemars cessent; la température et la diurèse reviennent à la normale. Le malade sort le 28 février sans avoir eu de nouvelle crise de delirium tremens.

OBSERVATION N° 6

Monsieur X..., 47 ans. Salle Bichat. Hôpital Saint-Antoine. Mars 1940.

Grand alcoolique (vin et apéritifs).

A la suite d'une grippe à forme pulmonaire, entre à l'hôpital avec quelques signes de bronchite encore, mais surtout avec un tremblement généralisé, de l'insomnie, des sueurs et une température de 38°.

Le lendemain éclate une crise de delirium tremens très violente nécessitant la camisole de force. On fait une injection intra-veineuse de 2 grammes de bromure de magnésium. La sédation est rapide et complète.

Mais au bout de 3 heures, reprise aussi violente que la première fois de tous les symptômes. On ne peut renouveler l'injection à ce moment, le médicament étant venu à manquer.

Le lendemain seulement on fait une nouvelle injection de 2 grammes : sédation durant 6 heures, puis reprise moins forte des accidents, pendant 12 heures, enfin cessation définitive du delirium.

Concluons qu'il est prudent dans les formes très violentes comme celle-ci, de continuer à administrer le bromure de magnésium par la bouche, dans l'intervalle des deux premières piqûres, à la dose totale de 4 à 6 grammes.

CONCLUSIONS

La thérapeutique classique du delirium tremens, par le chloral et les bromures de sodium ou de potassium, il faut le reconnaître, n'est pas toujours efficace, surtout dans les formes aiguës; et très souvent l'on devait en ultime ressort avoir recours à la camisole de force.

De plus, les doses fortes parfois nécessaires pour aboutir à un résultat, ne sont pas sans présenter certains risques chez les malades à foie plus ou moins déficient que sont les alcooliques chroniques.

La strychnine, bien que remarquablement tolérée par ces malades nous paraît surtout utile durant la convalescence, de même que la médication vitaminique.

Au contraire, le bromure de magnésium, préconisé par notre Maître Félix RAMOND, paraît être destiné à devenir le médicament de base du traitement du delirium tremens, tant dans la phase prémonitoire de celui-ci, que durant la période d'état.

Administré à temps, il permet en effet de faire avorter la crise.

En plein accès délirant, il calme rapidement l'agita-

tation du malade et amène le retour du sommeil. La transpiration et la température s'atténuent; la diurèse reprend plus rapidement qu'avec les autres médications.

Sa faible toxicité rend son emploi sans danger même dans les cas graves où l'on doit avoir recours à de fortes doses.

Il n'existe après le traitement aucune fatigue ou dépression physique, aucune obnubilation.

Enfin les solutions, dont nous disposons actuellement, sont désormais d'une stabilité parfaite.

La supériorité du bromure de magnésium dans le traitement du delirium tremens paraît donc évidente.

Nul doute qu'il ne soit utilisé de plus en plus, et que d'autres affections du système nerveux ne viennent à bénéficier aussi de l'action bienfaisante de ce médicament d'avenir.

Vu

Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :
BAUDOUIN

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY